



# **Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Medicina**

**Escuela Profesional de Obstetricia**

## **Empoderamiento de la mujer asociadas al uso de planificación familiar a nivel de los departamentos del Perú. 2018**

### **TESIS**

**Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia**

### **AUTOR**

**Lucia Mercedes GALLARDO LIMACHE**

### **ASESOR**

**Dra. Milena LÓPEZ SÁNCHEZ**

**Mauro HUAMANI NAVARRO (Co-asesor)**

**Lima, Perú**

**2019**



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Gallardo L. Empoderamiento de la mujer asociadas al uso de planificación familiar a nivel de los departamentos del Perú. 2018 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Escuela Profesional de Obstetricia; 2019.

---



ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO  
PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA

El jurado designado para evaluar la Sustentación de Tesis, de acuerdo a las "Normas para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Obstetricia en las Escuelas Profesionales de la Facultad de Medicina", de:

**BACHILLER: GALLARDO LIMACHE LUCIA MERCEDES**

Cuyo título es: **EMPODERAMIENTO DE LA MUJER ASOCIADAS AL USO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR A NIVEL DE LOS DEPARTAMENTOS DEL PERÚ. 2018.**

Reunidos en la fecha, después de la sustentación y resolución de preguntas por el Tesista, acordó el siguiente calificativo:

..... **MUY BUENO** .....

..... **DIECISIETE** ..... **17** .....

.....  
LIC. OBST. **EDITA R. CUYA CANDELA**  
C.O.P. **1266**  
**PRESIDENTE**

.....  
LIC. OBST. **DORA NANCY RODRIGUEZ MICHUY**  
C.O.P. **3978**  
**MIEMBRO**

.....  
MG. OBST. **GIOVANNA GLADYS PANTE SALAS**  
C.O.P. **4426**  
**MIEMBRO**

.....  
DRA. **MILENA LÓPEZ SÁNCHEZ**  
C.O.P.  
**ASESOR (A)**

.....  
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
FACULTAD DE MEDICINA  
Mg. **CLARA DÍAZ TINOCO**  
DIRECTORA  
E.P. DE OBSTETRICIA

Lima, 10 de enero del 2019

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco en primer lugar, a Dios por las bendiciones inmensas que me ha brindado a lo largo de mi vida, dándome fortaleza, misericordia y protección cada día. Gracias Señor por amarme y por guiar mi camino de acuerdo con tu voluntad, que siempre es perfecta y maravillosa.

Agradezco a mi alma máter, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, a mi Escuela Profesional de Obstetricia, quienes me brindaron los conocimientos y desarrollaron mis destrezas para ejercer mi profesión con sapiencia y eficiencia por el bienestar de nuestra población.

A mis amados padres Sandro Gallardo y María Limache y mis hermanas Sandra, Allison y Camila quienes con su paciencia y comprensión supieron brindarme palabras de aliento y apoyo incondicional a lo largo de mi formación profesional.

Gracias por darme la felicidad de poder amarlos día tras día, soy la persona que soy gracias a ustedes y me esforzaré por llenarlos de orgullo, como ustedes me enorgullecen a mí.

Finalmente, a los maestros aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario, y que me ayudaron en asesorías y dudas presentadas en la elaboración de la tesis, gracias por su colaboración y aliento.

Dedicado a mi familia y seres queridos, mi mayor motivación y mi más maravillosa bendición, y a mis docentes y compañeras hoy colegas por nuestra amada profesión, Obstetricia.

## RESUMEN

**Objetivo:** Establecer características de empoderamiento de la mujer asociadas al uso de métodos de planificación familiar a nivel de los departamentos del Perú.

**Metodología:** Estudio transversal de fuentes secundarias, Participaron mujeres peruanas entre 15 y 49 años que respondieron el cuestionario individual de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2017. Se empleó análisis univariado según la escala de medición de las variables. Para identificar la existencia de asociación entre los factores de empoderamiento y el uso de métodos anticonceptivos se realizará análisis bivariado con chi cuadrado para variables categóricas, t student para variables numéricas, y pruebas estadísticas no paramétricas. El paquete estadístico empleado fue SPSS versión 23.

**Resultados:** Los anticonceptivos se inician a usar en la adolescencia con un 60.9%; con predominio en el área urbana de 6.5% mayor que el área rural, las usuarias de uso MAC mostraron una paridad mayor a las no usuarias, en mayor medida en las regiones de la sierra y selva, cuyas características de uso de anticonceptivos difieren de un 13% mayor en la región costera, aquellas mujeres que tienen nivel secundaria y superior muestran una probabilidad de usar anticonceptivos 62% mayor que las que no tienen educación. No existe diferencia significativa con la edad de la mujer ( $p=0.860$ ), y tenencia de seguro ( $P=0.526$ ), el 66% de las participantes tuvieron un nivel intermedio de poder de decisión respecto a la decisión del hogar sobre la atención médica propia, las grandes compras, sobre que cocinar, administración de dinero. Por otra parte, respecto al nivel bajo de poder de decisión de las mujeres participantes, el 24% se encuentra en la categoría de no autónomas, es decir que requieren del permiso de su pareja para poder salir sola o con los hijos, hacer gastos cotidianos diarios, visitar amigos o parientes, trabajar o estudiar, usar métodos anticonceptivos.

**Conclusiones:** El empoderamiento se asocia significativamente con el uso de anticonceptivos, dos dimensiones de empoderamiento, decisión y autonomía ejercen un efecto en los distintos aspectos del uso, siendo vías importantes para el logro de metas demográficas, en este caso el uso de anticonceptivos.

**Palabras clave:** empoderamiento femenino, autonomía, planificación familiar

## SUMMARY

**Objective:** To establish characteristics of empowerment of women associated with the use of family planning methods at the level of the departments of Peru.

**Methodology:** Cross-sectional study of secondary sources. Peruvian women between 15 and 49 years of age answered the individual questionnaire of the Demographic and Family Health Survey - ENDES 2017. Univariate analysis was used according to the scale of measurement of the variables. To identify the existence of an association between the factors of empowerment and the use of contraceptive methods, bivariate analysis will be performed with chi-square for categorical variables, student t for numerical variables, and non-parametric statistical tests. The statistical package used was SPSS version 23.

**Results:** contraceptives begin to be used in adolescence with 60.9%; With predominance in the urban area of 6.5% higher than the rural area, the users of MAC use showed greater parity than non-users, to a greater extent in the regions of the highlands and jungle, whose characteristics of contraceptive use differ from a 13% higher in the coastal region, those women who have secondary and higher education show a 62% higher probability of using contraceptives than those who do not have an education. There is no significant difference with the age of the woman ( $p = 0.860$ ), and insurance tenure ( $P = 0.526$ ), 66% of the participants had an intermediate level of decision power regarding the household's decision on medical care own, big purchases, about what to cook, money management. On the other hand, regarding the low level of decision-making power of the participating women, 24% are in the category of non-autonomous, that is, they require the permission of their partner to be able to go out alone or with the children, to make daily expenses newspapers, visit friends or relatives, work or study, use contraceptive methods.

**Conclusions:** Empowerment is significantly associated with the use of contraceptives, two dimensions of empowerment, decision and autonomy exert an effect on the different aspects of use, being important ways to achieve demographic goals, in this case the use of contraceptives.

**Keywords:** feminine empowerment, autonomy, family planning



## ÍNDICE

RESUMEN.....	4
I. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1 Definición de términos.....	20
1.2 Formulación De Objetivos.....	21
Objetivo General.....	21
Objetivo Específico.....	21
1.3 Hipótesis.....	22
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	23
2.1 Tipo y diseño metodológico.....	23
2.2 población de estudio.....	23
2.3 Muestra de estudio y tamaño muestral.....	23
2.4 Descripción de Variables.....	25
2.5 Técnicas e instrumentos.....	25
2.6 Plan de recolección y análisis de los datos.....	25
2.7 Análisis estadístico de los datos.....	26
2.8 Consideraciones Éticas.....	26
III. RESULTADOS.....	27
IV. DISCUSIÓN.....	39
V. CONCLUSIONES.....	43
VI. RECOMENDACIONES.....	45
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	46
ANEXOS.....	50

## I. INTRODUCCIÓN

En el mundo, la “planificación familiar se reconoce como la intervención principal que salva la vida de las madres e hijos, pues si la mujer con el apoyo de su pareja usa eficazmente la anticoncepción, podrá reducir los embarazos riesgosos y postergar la concepción hasta que se encuentren en situaciones adecuadas en cuanto a salud, economía y educación” (1).

La planificación familiar es una intervención para salvar la vida de madre e hijos, la evidencia ha demostrado que esta estrategia previene la mortalidad Materna hasta un 30 %, y se ha verificado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna (2).

De acuerdo con los Objetivos del Desarrollo Sostenible; el objetivo tres sobre salud, así como el objetivo 5.5 sobre igualdad de género y empoderamiento de las mujeres comprenden el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar, la información y la educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales (3).

Así como lo manifestado por el secretario general de las Naciones Unidas e actualmente la Planificación Familiar es considerada como una de las mejores inversiones que los gobiernos y donantes pueden realizar en materia de desarrollo humano y económico, la reducción de la pobreza, el crecimiento económico, la salud y el empoderamiento de las mujeres. (9)

La tasa de razón Mortalidad Materna es de 68 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, para el año 2017, esta se debe a los cuatro retrasos, de ella dos están asociados a la búsqueda de atención de salud sexual y reproductiva y muestra que las mujeres no usan los métodos de planificación familiar por diferentes

barreras, resultando en embarazos no deseados, embarazos adolescentes abortos inseguros y muerte materna (4).

Por otro lado, al prevenir los embarazos mediante el uso de métodos anticonceptivos, se promueve la igualdad de hombres y mujeres, tanto en el área profesional como laboral. Además, el reducir la deserción escolar, en los embarazos adolescentes, permite a las mujeres terminar su educación, tener una mejor capacitación y, con ello, acrecentar sus salarios, y así mejorar la situación de sus familias, dotando de mayor empoderamiento y autonomía a las mujeres. (3)

La atención de la salud reproductiva en especial en la provisión de métodos anticonceptivos es labor del obstetra, comprender los problemas y causas de no uso de método de planificación familiar se encuentra dentro de las competencias de la profesión obstétrica, en ese sentido este estudio se enmarca en la disciplina de la Obstetricia y guarda pertinencia.

El estudio concluido es una pieza clave y fundamento de hecho para prever y evitar los embarazos no deseados y el aumento de métodos anticonceptivos, pues con los datos a la mano las acciones para prevenir los abortos ilegales e intentar solucionarlo tienen mejor respaldo.

De este modo, el problema de investigación representa un problema prioritario de la salud pública en el Perú.

**Sánchez M ,2014, en México**, realizó un trabajo titulado “Poder de decisión y autonomía de la mujer en el uso de método de planificación familiar “, de enfoque cuantitativo, transversal y correlacional donde participaron 211 participantes donde se concluyó que el 90% de las participantes tuvieron un nivel intermedio de poder de decisión respecto a cuántos hijos tener, cómo criar a los hijos, que gastos cotidianos realizar, que amigos parientes visitar y cuándo tener relaciones. Por otra parte, respecto al nivel de autonomía de las mujeres participantes, el 83.4 %se

encuentra en la categoría de no autónomas, es decir que requieren del permiso de su pareja para poder salir sola o con lo hijos, hacer gastos cotidianos, visitar amigos o parientes, trabajar o estudiar, usar métodos anticonceptivos y participar en actividades comunitarias (5).

**Cacique I, 2014 en México.** Realizó un trabajo titulado “uso de anticonceptivos en México: ¿qué diferencia hacen el poder de decisión y la autonomía femenina? en este trabajo se analizó las relaciones entre dos indicadores del empoderamiento femenino: el poder de decisión de las mujeres y su autonomía y el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres mexicanas, uso información proveniente de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar 1995 para las mujeres de esta muestra , un mayor nivel de autonomía incrementa sus probabilidades de estar en necesidad de anticoncepción, y mayores niveles de poder de decisión y autonomía incrementan sus probabilidades de satisfacer, mediante el uso de anticonceptivos, tal necesidad. Por otra parte, entre las mujeres que se encuentran en necesidad potencial de anticoncepción pero que no usan ningún método, se encontró que razones como la ausencia de conocimiento y la oposición de los esposos al respecto, muestran una reducción significativa de su prevalencia entre mujeres con mayor nivel de empoderamiento (7).

**Aguayo y Lamelas, 2013.** Analizaron el empoderamiento femenino en América Latina desde la perspectiva de los informes de Desarrollo Humanos de la Naciones Unidas cuyo objetivo fue medir el empoderamiento en América Latina desde un índice de potenciación de género, es decir el nivel de oportunidad de las mujeres. En los resultados los mayores porcentajes de población femenina con nivel secundaria o superior se localizan en Cuba (73.9%), Chile (67.3%) y Panamá (63.5%), mientras que los menos porcentajes se encuentra en Guatemala (15.6%), Haití (22.5%) y Nicaragua (30.8%). Pese a los avances obtenidos en la participación femenina en la educación, persisten importantes desigualdades según género en este indicador en países como Perú (57.6%), Haití (22.5%), Bolivia (55.1%) y México (55.8%) (8).

**Mejía J, Matute A, Argudo F, 2015.** En México realizaron un estudio de “Prevalencia de Anticoncepción y Factores asociados a su uso de pacientes de Consulta externa del Hospital San Sebastián”. Realizaron un estudio transversal en una muestra de 270 pacientes del hospital, donde se determinó el uso de métodos anticonceptivos, y se buscó asociación con la edad, número de gestaciones, residencia, número de hijos y años de educación se observó que la prevalencia del uso de anticoncepción fue del 63,3%; las mujeres casadas lo utilizaron en un 58,8%; la edad promedio fue de 28.4 años. El método anticonceptivo más utilizado fue el implante subdérmico con el 25.9%. No existió significancia estadística con los factores asociados (9).

**Cedeño L, 2015, México** realizó un estudio titulado “relación entre el empoderamiento y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo” donde se seleccionó de manera no probabilística e intencional y quedó constituida por 93 mujeres, de entre 25 y 35 años, que viven con su pareja y que tienen hijos, de ellas, 51 trabajan y 42 no cuentan con trabajo remunerado, donde indico que existe relación entre los diferentes indicadores de empoderamiento y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo, sin embargo las correlaciones se presentan de manera diferente entre las mujeres que trabajan y las que no trabajan. Además, se encontró diferencias significativas en la toma de decisiones familiares, en la participación de las parejas en las tareas domésticas, en el nivel de información sobre salud reproductiva y en la utilización de métodos anticonceptivos por los hombres, siendo mayores las medias en las mujeres que trabajan, en todos los casos. (10)

**Maroto A, 2015, España** realizó un estudio titulado “Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina de una zona de salud “se observó que la prevalencia de uso era del 70.5% (IC: 62,4- 78.6%), destacando el hecho de que en el grupo de mujeres de 40 a 45 años sólo utilizaran anticonceptivos el 45,4%, con una frecuencia significativamente inferior a los otros grupos de edad.

Los métodos más conocidos eran el preservativo (90,4%). los contraceptivos orales (89.2%) y el dispositivo intrauterino (78,3%). siendo escaso el conocimiento de otros métodos.

**Salcedo J, 2016, Perú** realizo un estudio titulado “Relación entre la actitud de la pareja respecto a la elección de métodos anticonceptivos en puérperas de parto eutócico del Hospital de San Juan de Lurigancho periodo noviembre -diciembre del 2015” donde se encontró un grupo etario joven (de 20 a 24 años) representado por un 44,25% de la población encuestada. Con un grado de instrucción predominantemente secundaria (71,26%). La actitud de las parejas es predominantemente “indiferente” representada por un 63,22 %. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la actitud de la pareja frente al uso de métodos anticonceptivos y el uso de estos por parte de la puérpera. (IC 95%,) se concluyó que no existe relación estadísticamente significativa entre la actitud de la pareja y la elección de métodos anticonceptivos de las puérperas, por lo tanto la actitud de la pareja no influye determinadamente en la decisión de la puérpera de elegir y hacer uso de un método anticonceptivo antes del alta médica posparto; sin embargo esto no garantiza la continuidad del uso del método anticonceptivo posteriormente. (11)

**David V, 2014, Perú** realizo el estudio titulado “impacto económico del empoderamiento de la mujer. Una aplicación al caso peruano “para lo cual construyo un conjunto de índices de empoderamiento , sobre la base de las Encuesta Demográfica y de la Salud Familiar , se encontró que si la mujer tiene mayor participación en las decisiones domésticas , y del cuidado de su propia salud , la probabilidad del uso de los servicios profesionales al momento del parto aumenta u 23 y 52 puntos porcentuales, también mayor número de años de educación , así como mayor acceso a métodos modernos de la planificación familiar . (12).

El **uso de anticonceptivos** ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 64% en 2017. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2017. En América Latina y el Caribe el porcentaje ha permanecido en 66,7% (2).

El Ministerio de Salud define que los métodos anticonceptivos evitan los embarazos no deseados para una buena planificación y también es la toma de decisión de la pareja. La planificación familiar tiene diferentes estrategias: retraso del primer embarazo, espaciamiento de los nacimientos, y limitación definitiva de los mismos cuando se ha alcanzado el tamaño de familia deseada (11).

Según la Organización Mundial de la Salud los métodos anticonceptivos reducen la mortalidad materna y la mejora la salud de las personas ya que previenen los embarazos no deseados y los altos riesgos. También disminuyendo el aborto y el embarazo adolescente (12).

La elección de un anticonceptivo depende de muchos factores, entre ellos la edad, la salud, el deseo del compañero o compañera de participar en la planificación familiar, el comportamiento sexual de la pareja y un examen cuidadoso de las ventajas y contraindicaciones que implica usar un método de contracepción (13).

Por ello se debe brindar educación sexual a los jóvenes y adolescentes a fin de que ellos y ellas retarden el inicio de la primera relación sexual y cuando se inicien sexualmente lo hagan ejerciendo su sexualidad responsablemente. Al no poder prevenir un embarazo que no es planificado, se convertirá en un embarazo no deseado cuya posibilidad mayor es la de acabar en un aborto, que por las consideraciones legales que existe en Latinoamérica y específicamente en el Perú, donde solamente el aborto terapéutico no está penalizado, la mayor parte de estos

abortos son inseguros, con grave riesgo para la salud de las mujeres, incluso la muerte (14).

## **EMPODERAMIENTO**

El término empoderamiento tiene su origen en el inglés empowerment, que se vienen utilizando desde los años sesenta. Surgió con los movimientos sociales y políticos de derechos civiles para la población afroamericana en Estados Unidos. Posteriormente otros movimientos vinculados al desarrollo, la no violencia, los derechos humanos, adoptaron este término. (21)

En el castellano se traduce como empoderamiento, aunque hay autores que por considerarlo un anglicismo buscan otros sinónimos como potenciación, fortalecimiento, poderío y en forma verbal dar poder, dotar de poder, adquisición por alguien del ejercicio del poder, empoderar. (21)

Las bases teóricas del empoderamiento se encuentran en los trabajos de Gramsci (1971) y Foulcat (1980) que entendían el poder como una relación social. Desde otro enfoque la educación popular de Paulo Freire tratada en su obra la pedagogía de los oprimidos aporta elementos teóricos relevantes para el concepto de empoderamiento. (22)

La Organización Mundial de la Salud define el empoderamiento como un "proceso a través del cual la gente gana un mayor control sobre decisiones y acciones que afectan a su salud" (15) y la incluye como una estrategia para la promoción de la salud en la Declaración de Yakarta 1997.

Dentro de la más reciente discusión sobre empoderamiento femenino se encuentran dos distintas conceptualizaciones de poder. La primera lo considera básicamente el "control sobre bienes materiales, recursos intelectuales e ideológicos", y entiende el



empoderamiento como "el proceso de desafío de las relaciones de poder existentes y la adquisición de mayor control sobre los recursos de poder" (6).

Una segunda definición formulada en términos de recursos objetivos comprende ese poder "en términos de poseer los recursos necesarios para alcanzar las propias metas" (16).

El Informe del Banco Mundial define empoderamiento como "la ampliación de libertades reales de elegir y actuar" (17), esto se aplica a todos los grupos en desventaja o excluidos, como inmigrantes, mujeres, adolescentes, pacientes con VIH. Sin embargo, las mujeres, no son solo un grupo más, sino que son una categoría transversal que se sobrepone a todos los otros grupos, ya que el hogar y las relaciones familiares son el lugar central donde se limita el empoderamiento de las mujeres.

De acuerdo con la capacidad acción y decisión la mujer tomará sus propias decisiones y los transformará en acciones para resultados deseados. La mayor o menor capacidad de acción y decisión de las mujeres influye en sus posibilidades de desarrollar su capital humano y de aprovechar las oportunidades económicas de la salud. La capacidad de acción y decisión de las mujeres también es importante para el bienestar de sus hijas e hijos (18).

Dada su amplitud conceptual que permite recoger los diferentes puntos de vista y aplicarlo sobre distintos contextos, para fines de la presente investigación, se emplea la definición de empoderamiento empleada por Kabeer (2015) Se entiende por empoderamiento a la "expansión en las capacidades de los individuos para tomar elecciones estratégicas sobre su vida en un contexto donde previamente dicha facultad les era negada" (19).

El Fondo de Población de las Naciones Unidas define el empoderamiento de la mujer a través de 5 grandes componentes: el sentido de autovaloración de la mujer, su derecho a tener y tomar opciones, su derecho a tener acceso a las oportunidades y recursos, su derecho a tener el control de sus propias vidas (tanto al interior como fuera del hogar), y su capacidad de influenciar la dirección del cambio social para crear un orden económico y social más justo, tanto en el ámbito nacional como internacional (3). A partir de ese cambio, el empoderamiento debe proporcionar acceso y control de los recursos necesarios y poder, de tal manera que las mujeres puedan tomar decisiones informadas y adquirir control sobre sus propias vidas, en diferentes espacios (hogar, comunidad, nación). Ello implica una serie de aspectos, tales como libertad de acción, autonomía, poder de decisión, acceso y control de recursos económicos, ausencia de violencia en contra de ella, acceso a la información e igualdad jurídica y política. (22)

Si bien el rol de la mujer y su poder de decisión se puede analizar a partir de decisiones en diferentes aspectos y espacios de su vida (ámbito económico, socio cultural, legal, político, etc.) y bajo diferentes niveles de agregación (en el hogar, en la comunidad y en otros espacios fuera de su comunidad), resulta particularmente importante analizar el grado de poder relativo que tiene la mujer en las decisiones al interior del hogar. En efecto, la distribución del poder de negociación entre hombres y mujeres respecto a las decisiones familiares no solo afectará las cantidades de los bienes y servicios que cada uno puede tener acceso, sino que también determinará la distribución de los bienes y servicios para todos los miembros de la familia. En ese sentido, el mayor poder relativo de uno de ellos conlleva a que sus preferencias tengan una mayor influencia sobre las demandas del hogar (en servicios de educación, salud, gasto en alimentos, vestimenta, activos, etc.) y en la regla de distribución de estos bienes y servicios entre los miembros que lo conforman (20).

Si bien el empoderamiento de la mujer puede ser entendido como el medio con el cual ella puede adquirir mayor poder para elegir libremente sus propias decisiones, existen diversas formas en la que este proceso se puede llevar a cabo. El empoderamiento no debe referirse al hecho de que la autoridad otorgue un mayor poder a sus subordinados (en una sociedad patriarcal: de hombres a mujeres), sino que el empoderamiento debe nacer de estos últimos, para que puedan ejercer el derecho de elegir libremente, lo cual no solo es un objetivo valorable en sí mismo, sino que es una manera de contribuir con el crecimiento económico y el desarrollo. Así, el concepto no sólo involucra un mayor acceso a la toma de decisiones, sino que también incluye procesos que permiten a las personas percibirse como capaces de ocupar un espacio en el campo de la toma de decisiones. (21)

Sen (1985), en términos de su teoría de desarrollo humano, denominó “capacidades humanas” al potencial que la gente tiene para tomar decisiones y poder vivir de la manera que desean. A partir de estas capacidades, el individuo enfrenta un conjunto de posibles caminos o maneras de cómo ser o actuar (“funcionamientos”) en un determinado contexto, y escoge el camino particular que desea seguir, con lo cual obtiene los “logros funcionales”, es decir, los resultados que alcanza en su vida. Cabe mencionar que la relación de poder será relevante sólo en el caso cuando no sea posible alcanzar los resultados esperados debido a una restricción en la capacidad o libertad de elegir y no cuando el individuo no pueda alcanzar sus metas debido a la dejadez, incompetencia o por decisión propia de la persona (22).

En este contexto, el presente estudio pretende diseñar y calcular indicadores que aproximen el empoderamiento femenino con el uso de métodos anticonceptivos, tomando como caso la situación de la mujer en el Perú y estudiar los factores asociados al mismo a través de diferentes variables relacionadas a su capacidad de tomar decisiones y la autonomía de la mujer. Asimismo, se busca indagar sobre el impacto del empoderamiento sobre el uso de métodos anticonceptivos

## **EMPODERAMIENTO FEMENINO EN EL USO DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

Poder planificar el número de hijos y cada cuánto tiempo los tendrán, da mayor capacidad de ahorro, de trabajo y de aumentar sus ingresos y planificar sus vidas, pudiendo invertir no solo en educación sino también en su formación profesional, una mayor preparación para el campo laboral, y para cubrir otras necesidades (6).

Diversos estudios demuestran que existe una fuerte correlación entre una mayor planificación familiar y la creciente participación de las mujeres en la toma de decisiones en el ámbito familiar. Algunos trabajos de investigación también sugieren que a medida que aumenta el acceso a los anticonceptivos, las familias deciden tener menos hijos, y las hijas son tan valoradas como los hijos. Prueba de ello es, por ejemplo, que los padres invierten más en la educación de sus hijas, al igual que gracias al aumento del uso de método Planificación Familiar mediante el empoderamiento femenino en la toma de decisión de la mujer habrá disminución del embarazo adolescente, así como también la disminución de aborto por la tanto se contribuiría en disminución de la Mortalidad Materna (23).

El poder de decisión y de autonomía por parte de las mujeres es una vía importante en el logro de importantes metas demográficas, en este caso la adopción de métodos anticonceptivos. Sin lugar a duda, la adquisición e incremento en el poder de decisión y de autonomía femenina es una manera de consolidar el ejercicio de los derechos propios (9).

Aquellas mujeres que cuentan con opciones y una mejor salud sexual y reproductiva están más empoderadas para buscar y mantener mejores empleos, para su desarrollo personal y contribuir a sus familias, sus naciones y la prosperidad regional y global. Sus familias tienen una mejor situación económica y sus hijos reciben una mejor educación, ayudando a detonar un ciclo de prosperidad que se extenderá a

generaciones futuras. Todo ello genera dividendos demográficos y contribuye a la prosperidad global (24).

El análisis de la autonomía y el poder de decisión de la mujer en el hogar aparece como de especial relevancia cuando se evidencia, por ejemplo, el efecto que tales dimensiones guardan con aspectos específicos de la vida de la mujer y su familia: la demanda y uso de métodos anticonceptivos, la escolaridad de hijos e hijas, la salud general de los miembros de la familia y la asistencia a centros de salud (25).

En la mayoría de las sociedades el varón la toma de decisiones, incidiendo en el comportamiento de la pareja con respecto a la procreación e influyendo en la utilización de algún método para regular la fecundidad (9).

Frente a ello surge como enfoque para la disminución de los casos de embarazos no deseados, abortos y mayores niveles de acceso a los métodos anticonceptivos, las intervenciones para mejorar los grados de empoderamiento de la mujer y la igualdad de género, la cual en los últimos años ha sido reconocida como un elemento indispensable para alcanzar una sociedad justa e igualitaria y que garantice el desarrollo, bienestar y derechos de todos sus miembros.

En este contexto, el concepto de empoderamiento ha ido tomando fuerza, este concepto implica la ampliación de las capacidades de las personas para tomar elecciones estratégicas sobre su vida, en un contexto donde dicha capacidad es restringida. Sin embargo, pese a lo extendido del concepto e incluso aceptabilidad a priori, existen pocas investigaciones sobre el empoderamiento y más escasas son los estudios que tratan sobre los grados de empoderamiento y su relación con los estados de salud materna, salud reproductiva de las mujeres.

En el Perú los estudios sobre estos aspectos son incipientes. Por lo anteriormente expuesto, se plantea la siguiente pregunta como problema de investigación general:

¿Cuál es el nivel empoderamiento de la mujer asociadas al uso de métodos de planificación familiar a nivel de los departamentos del Perú a partir del estudio de los datos recolectados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2017?

#### Problemas específicas

¿Cuáles son las características demográficas, socioeconómicas, culturales, sociales y de empoderamiento de las mujeres que refieren uso de planificación familiar a nivel de los departamentos del Perú a partir del estudio de los datos recolectados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2017~~a nivel de los departamentos del Perú~~ a partir del estudio de los datos recolectados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2017 ?

¿Cuál es la prevalencia de uso de métodos planificación familiar ~~a nivel de los departamentos del Perú~~ a partir del estudio de los datos recolectados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2017a nivel de los departamentos del Perú a partir del estudio de los datos recolectados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2017.?

¿Cuál es la asociación entre las características de empoderamiento al ~~uso de~~ planificación familiar a nivel de los departamentos del Perú a partir del estudio de los datos recolectados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2017~~a nivel de los departamentos del Perú~~ a partir del estudio de los datos recolectados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2017?

## 1.1 Definición de términos

- Características sociodemográficas: Características asignadas a la edad y paridad. (11)
- Características económicas: Capacidad adquisitiva que posee la persona. (11)
- Características culturales: Característica asignada a estado civil y religión (11)
- Uso: Ejercicio o realización de una actividad con la aplicación de los conocimientos previos de sus características en un determinado contexto bajo la propia decisión del individuo. (28)
- Autonomía: contar con la capacidad y con condiciones concretas para tomar libremente las decisiones que afectan sus vidas, lo que incluye el ejercicio de los derechos reproductivos; poner fin a la violencia de género y adoptar todas las medidas necesarias para que las mujeres participen en la toma de decisiones en igualdad de condiciones. (34)
- Atención de la salud reproductiva: Es el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y bienestar reproductivo. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales no solo el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual. (2)
- Poder: La habilidad potencial de una persona o grupo para ejercer influencia sobre otra persona o grupo, puede residir tanto en los individuos (directivos, líderes), como en los grupos (departamentos, comités). (37)
- Usuaría: Persona que acude a un establecimiento de salud para recibir una atención de salud de manera continua y con calidad, en el contexto de familia y comunidad. (2)
- Métodos anticonceptivos: Son los métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. Pueden ser hormonales o no hormonales, transitorios o definitivos, etc.(12)

## **1.2 Formulación De Objetivos.**

Objetivo General:

- Establecer características de empoderamiento de la mujer asociadas al uso de métodos de planificación familiar a nivel de los departamentos del Perú a partir del estudio de los datos recolectados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2017.

Objetivo Específico:

1. Identificar las características demográficas, socioeconómicas, sociales y de empoderamiento de las mujeres que refieren uso de planificación familiar a nivel de los departamentos del Perú a partir del estudio de los datos recolectados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2017.
2. Estimar la prevalencia de uso de métodos planificación familiar a nivel de los departamentos del Perú a partir del estudio de los datos recolectados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2017.
3. Presentar la asociación entre las características de empoderamiento al uso de planificación familiar a nivel de los departamentos del Perú a partir del estudio de los datos recolectados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2017.



### 1.3 Hipótesis

**Ha:** Las mujeres con mayores características de empoderamiento presentan diferencias en la prevalencia de uso de métodos de planificación familiar a nivel de los departamentos del Perú 2017.

**Ho:** Las mujeres con mayores características de empoderamiento no presentan diferencias en la prevalencia de uso de métodos de planificación familiar a nivel de los departamentos del Perú 2017.

## **II. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **2.1 Tipo y diseño metodológico**

Estudio de tipo descriptivo, transversal, el presente corresponde a un análisis secundario de las bases de datos de Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú del 2017

### **2.2 población de estudio**

#### **Población**

La población del presente estudio según la ENDES 2017 comprendería:

- Los hogares peruanos particulares y sus miembros.
- Todas las mujeres peruanas en edad fértil de 15 a 49 años.

### **2.3 Muestra de estudio y tamaño muestral**

#### **Muestra**

La muestra fue comprendida por mujeres peruanas entre 15 y 49 años que respondieron el cuestionario individual de la encuesta ENDES 2017.

### **Tamaño de muestra y procedimiento de muestreo**

La ENDES 2017 presenta un marco de muestreo que se elaboró con información de los Censos Nacionales de Población y Vivienda, y corresponde a una gran muestra probabilística, de áreas, estratificada, bietápica e independiente en cada departamento del país.

### **Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación**

#### **-Inclusión**

Todas las mujeres peruanas entre 15 y 49 años que usan métodos anticonceptivos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017.

#### **-Exclusión**

Se excluirá a toda mujer que, a pesar de haber respondido la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017, no haya respondido el módulo de uso de métodos anticonceptivos.

## **2.4 Descripción de Variables.**

### **Variable Independiente:**

**Empoderamiento de la mujer;** Proceso por el cual las mujeres adquieren un mayor dominio y control sobre su propia vida, las circunstancias que la rodean y los elementos que forman parte de ella.

### **Variable Dependiente:**

**Prevalencia de uso de métodos de Planificación Familiar;** Proporción de mujeres de edad reproductiva de 15 a 49 años que utilizan (o cuya pareja utiliza) un método anticonceptivo en un determinado momento

## **2.5 Técnicas e instrumentos.**

Para este trabajo se utilizó el cuestionario y los datos obtenidos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017 disponible en la página web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

## **2.6 Plan de recolección y análisis de los datos.**

Para el desarrollo del presente estudio, se presentó el Proyecto de Tesis al Departamento Académico de Obstetricia para su correspondiente evaluación y aprobación por el Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Obstetricia.

El método de recolección de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar es por Entrevista Directa, con personal debidamente capacitado y entrenado para tal fin y que visitó las viviendas seleccionadas durante el período de recolección de información.

La tabulación de los datos se realizó previo control de la calidad de los cuestionarios. La información se digitó en una base de datos elaborada con el programa Excel para su análisis y procesamiento estadístico. El análisis estadístico de la base de datos fue realizado mediante el programa SPSS versión 23.

## **2.7 Análisis estadístico de los datos**

Para el análisis de información de fuentes secundarias sobre la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016. Se empleó análisis univariado según la escala de medición de las variables con frecuencias, medias, etc. Para identificar la existencia de asociación entre los factores de empoderamiento y el uso de métodos anticonceptivos se realizará análisis bivariado con chi cuadrado para variables categóricas, t student para variables numéricas, y si no se cumplen los supuestos para análisis paramétrico se empleó pruebas estadísticas no paramétricas como U Man Whitney, entre otros) y análisis multivariado se realizó mediante la regresión logística para la variable de respuesta medida de forma categórica.

## **2.8 Consideraciones Éticas**

La encuesta fue realizada de forma anónima y la información disponible en la base de datos en línea no incluye información personal que permita identificar la identidad de los participantes. En la presente investigación no aplica del uso del formato en mención por tratarse de un análisis de fuentes secundarias. Los datos de cada persona están codificados, por lo que se garantiza la confidencialidad de la identidad de los encuestados. El presente estudio es de interés personal para propósito académico y el cierre de un ciclo de la vida universitaria para la licenciatura.

### III. RESULTADOS

En la tabla 1.1 del uso de actual de métodos anticonceptivos según las características demográficas se observan las características demográficas de las mujeres en edad fértil según el ENDES, la prevalencia por edad con el uso de métodos anticonceptivos es mayor en las mujeres jóvenes de 18 -29 años con un 60,1%; respecto a las adolescentes y adultas con un 59.9%. Según la prevalencia por paridad con el uso de métodos anticonceptivos es mayor en la multíparas con un 61,1% respecto a la primípara y nulípara con un 59,8% y 58,4% respectivamente.

**Tabla 1.1**

**Uso actual de métodos anticonceptivos según las características demográficas, ENDES 2017 (n= 33,135)**

Características Demográficas		Método anticonceptivo actual				Total		P
		No usa		Si usa				
		N	%	n	%	n	%	
Edad	15-17	18,867	40.1%	2,819	60.1%	4,706	100,0%	0.860
	18-29	4,381	39.8%	6,624,	60.2%	11,005	100,0%	
	30-49	6,603	40.1%	9,850	58.7%	16,453	100,0%	
	Total	12,871	40.1%	19,293	59.9%	33,135	100,0%	
Paridad	0	2,770	41.6%	4,410	58.4%	7,180	100,0%	0.012
	1	3,011	40.2%	4,476	59.8%	7,487	100,0%	
	2-5	6,234	39.5%	9,155	60.5%	15,389	100,0%	
	6 a más	1,260	38.9%	1,819	61.1%	3,079	100,0%	
	total	13,275	40.1%	19,860	59.9%	33,135	100,0%	
Zona de residencia	Urbano	9,473	39.5%	14,255	64.5%	23,783	100,0%	0.055
	Rural	3,802	40.9%	5,605	59.2%	9,352	100,0%	
	Total	13,275	40.1%	19,860	59.9%	33,135	100,0%	
Región	Costa	5,368	36.4%	9,361	63.6%	14,729	100,0%	0.077
	Sierra	4,493	41.0%	6,454	50.0%	10,947	100,0%	
	Selva	2,928	45.8%	4,531	54.2%	7,459	100,0%	
	Total	13,275	40.1%	19,860	59.9%	33,135	100,0%	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud

De acuerdo con la zona de residencia con el uso de métodos anticonceptivos se encontró una mayoría en la zona urbana con un 60.5% y un 59.1% de zona rural de mujer, respecto al uso de métodos anticonceptivos en las regiones el uso en la costa es mayor con un 63,6% respecto a la selva con un 54,2% y mucho menor en la sierra con un 50,0%, y en el no uso de métodos anticonceptivos es mayor en la selva con un 45,8%.

**Tabla 1.2**

**Uso actual de métodos anticonceptivos según las características económicas.**

**ENDES 2017 (n= 33,135)**

Características económicas		Método anticonceptivo actual				Total		P
		No uso		sí uso				
		n	%	n	%	n	%	
Condición de trabajo	No trabaja	5,342	41.1%	7,984	58.9%	13,326	100.0%	0.019
	Si trabaja	7,933	47.5%	1,187	62.5%	19,809	100.0%	
	Total	13,275	40.1%	19,860	59.9%	33,135	100.0%	
Tenencia de seguro	Si	10,618	40.4%	15,946	59.6%	26,564	100.0%	0.526
	No	2,657	40.0%	3,914	60.0%	6,571	100.0%	
	Total	13,275	40.1%	19,860	59.9%	33,135	100.0%	
Índice de riqueza	Muy Pobre	2,984	40.5%	4,388	59.5%	7,332	100.0%	0.091
	Pobre	3,167	40.4%	4,877	59.6%	8,044	100.0%	
	Medio	2,795	40.5%	4,106	59.5%	6,901	100.0%	
	Rico	2,318	39.3%	3,432	60.7%	5,750	100.0%	
	Muy rico	1,628	37.9%	2,450	62.1%	4,078	100.0%	
Total		13,275	40.1%	19,253	59.9%	33,135	100.0%	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud

En la tabla 1.2 se observan las características económicas de las mujeres en edad fértil según el ENDES, la prevalencia por trabajo con el uso de métodos anticonceptivos es mayor en las mujeres que si trabajan con un 62.5% y un 58.9% las mujeres que no trabajan, en la tenencia de seguro la diferencia fue mínima en el uso de métodos anticonceptivos con 0.4% de la que si tiene seguro, con respecto a los quintiles de riqueza las que refieren el uso de métodos anticonceptivos observó que el mayor uso es en el índice de riqueza muy rico un 62,1% seguido del índice de riqueza rico con un 60,7 % y donde se observó un menor uso de métodos

anticonceptivos es índice muy pobre con un 59,5%; seguido del pobre con un 59,6%.

**Tabla 1.3**

**Uso actual de métodos anticonceptivos según las características culturales, ENDES 2017 (n= 33,135)**

Características Culturales		Método anticonceptivo actual				Total		
		No uso		sí uso		n	%	
		n	%	n	%			
Nivel educacional	Sin educación	273	41.2%	406	58.8%	679	100.0%	0.005
	Primaria	2,717	40.2%	4,049	59.8%	6,766	100.0%	
	Secundaria	6,077	40.0%	9,118	60.0%	15,195	100.0%	
	superior	2,826	38.3%	6,679	62.7%	9,505	100.0%	
	Total	12,823	40.1%	19,252	59.9%	33,135	100.0%	
Estado civil	Soltera	2,944	37.7%	4,664	62.3%	7,608	100.0%	0.090
	Casada	2,968	41.9%	4,282	58.1%	7,250	100.0%	
	Conviviente	5,957	40.4%	8,793	59.6%	14,750	100.0%	
	Viuda/divorciada	1,406	39.9%	2,121	60.1%	3,527	100.0%	
	Total	13,275	40.1%	19,860	59.9%	33,135	100.0%	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud

En la tabla 1.3 se observan las características culturales de las mujeres en edad fértil según el ENDES, la prevalencia por nivel educacional con el uso de métodos anticonceptivos es mayor en mujeres con educación superior con un 62.7% y menor en mujeres sin educación y con educación primaria con un 59.8%, los resultados del estado civil que refieren el uso de métodos anticonceptivos las solteras usan un 62,3%, las casadas un 58,1%, las convivientes un 59,6% y por último las viudas/divorciadas un 60,1%.



**Tabla 2**  
**Uso actual de métodos anticonceptivos según la decisión de administración de dinero (n= 11,199)**

Criterios	Uso de Anticonceptivos				Total		Valor p
	No		Si				
¿Quién decide cómo gastar dinero?	n	%	n	%	n	%	0.112
Sólo la entrevistada decide	1,494	35.6%	5,599	62.8%	7,093	63.3%	
Ambos	701	30.8%	3,002	33.6%	3,703	33.1%	
Entrevistada con alguien más	2	0.1%	4	0.0%	6	0.1%	
Principalmente el esposo	78	3.4%	310	3.5%	388	3.5%	
Alguien más decide	2	0.1%	7	0.1%	9	0.1%	
Total	2,277	100.0%	8,922	100.0%	11,199	100.0%	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud

En la tabla 2 se puede observar la decisión de la administración del dinero con el uso de métodos anticonceptivos, donde la entrevistada decide administrar un 63.3% y ambos deciden administrar un 33.1% y un 3.5% solo el esposo, respecto al uso de métodos anticonceptivos cuando la entrevistada decide el 62.8% la entrevistada decide, el 33,5% ambos deciden y el 3.5 % el esposo decide el uso de método anticonceptivo.

**Tabla 2.1**  
**Toma de decisiones para usar métodos anticonceptivos. (n=17,017)**

Toma de decisiones para usar anticonceptivos		
	n	%
Sólo la entrevistada decide	3,546	20.8%
Ambos	12857	75.6%
Principalmente el esposo	577	3.5%
Alguien más decide	37	0.2%
Total	17,017	100.0%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud

En la tabla 2.2 se observa la toma de decisión respecto a los anticonceptivos donde el 75%.6 toman ambos la decisión y la mujer solamente decide un 20.8%, principalmente el esposo decide un 3.5%, alguien más decide un 0.2% .

**Tabla 3.1.**

**Uso actual de métodos anticonceptivos según la decisión sobre el hogar de la atención médica propia. (n= 21,988)**

Criterios	Uso de Anticonceptivos				Total		Valor p
	No		Si				
Opinión final sobre la atención médica propia	n	%	n	%	n	%	0.059
Solo la entrevistada decide	5,585	24.5%	8,370	38.0%	13,955	63.4%	
Ambos	1,968	8,9%	2,984	13,6%	4,952	22,5%	
Entrevistada con alguien mas	6	0,0%	8	0	14	0,1%	
Principalmente el esposo	1,209	5,5%	1,815	8.3%	3,024	13.7%	
Alguien más decide	16	0.1%	32	0.1%	48	0.2%	
Total	8,786	39.9%	13,212	60.1%	21,988	100.0%	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud

En la tabla 3.1 se puede observar el uso actual de métodos anticonceptivos según la decisión sobre el hogar de la atención médica, donde respecto a la opinión final de la atención médica propia la entrevistada decide un 63,4%, ambos un 22,5% y principalmente el esposo un 13,7%; respecto con el uso de métodos anticonceptivos la mayor prevalencia lo decide la entrevistada con jun 38% , deciden ambos un 13,6 % y principalmente el esposo un 8,3%.

**Tabla 3.2**

**Uso actual de métodos anticonceptivos según la decisión sobre el hogar de las grandes compras del hogar. (n= 21,988)**

Criterios	Uso de Anticonceptivos				Total		Valor p
	No		Si				
Opinión final sobre hacer grandes compras en el hogar	N	%	n	%	N	%	0.574
Solo la entrevistada decide	5,453	24.8%	8,180	37.2%	13,633	62.0%	
Ambos	2,474	11.2%	3,699	16.8%	6,173	28.1%	
Entrevistada con alguien mas	43	0.2%	56	0.3%	99	0.5%	
Principalmente el esposo	732	3.3%	1,165	5.3%	1,897	8.6%	
Alguien más decide	83	0.4%	108	0.5%	191	0.9%	
Total	8,786	39.9%	13,212	60.1%	21,988	100.0%	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud

En la tabla 3.2 se puede observar el uso actual de métodos anticonceptivos según la decisión sobre el hogar de grandes compras, donde la opinión final sobre hacer grandes compras en el hogar la entrevistada deciden un 62.0%, ambos un 28.1% y principalmente el esposo un 8.6%; respecto al uso de métodos anticonceptivos la entrevistada decide un 37,2%, ambos deciden un 16.8% y solo el esposo decide un 5.3%.

**Tabla 3.3**

**Uso actual de métodos anticonceptivos según la decisión sobre el hogar de las compras para las necesidades diarias. (n= 21,988)**

Criterios	Uso de Anticonceptivos				Total		Valor p
	No		Si				
Opinión final sobre compras para las Necesidades diarias	n	%	n	%	n	%	0.909
Solo la entrevistada decide	2,450	11.1%	3,678	16.7%	6,128	27.9%	
Ambos	4,503	20.5%	6,850	31.1%	11,353	51.6%	
Entrevistada con alguien mas	14	0.1%	18	0.1%	32	0.1%	
Principalmente el esposo	1,751	8.0%	2,569	11.7%	4,320	19.6%	
Alguien más decide	58	0.3%	80	0.4%	138	0.6%	
Total	8,786	39.9%	13,212	60.1%	21,988	100.0%	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud

En la tabla 3.3 se puede observar el uso actual de métodos anticonceptivos según la decisión sobre el hogar de hacer las compras para las necesidades diarias , donde la opinión final sobre las compras para las necesidades diarias la entrevistada decide un 27.9%, ambos deciden un 51.6% y principalmente el esposo un 19.6%, respecto al uso de métodos anticonceptivos la entrevistada decide un 16.7%, ambos deciden un 31.1% y principalmente esposo 11,7%.

**Tabla 3.4**

**Uso actual de métodos anticonceptivos según la decisión sobre el hogar de la visita a familiar, amigos y parientes. (n= 21,988)**

Criterios	Uso de Anticonceptivos				Total		Valor p
	No		Si				
Opinión final sobre las visitas a familiares o parientes	n	%	n	%	N	%	0.865
Solo la entrevistada decide	2,243	10.2%	3,440	15.6%	5,683	25.8%	
Ambos	5,296	24.1%	7,933	36.1%	13,229	60.1%	
Entrevistada con alguien mas	17	0.1%	18	0.1%	35	0.2%	
Principalmente el esposo	1,163	5.3%	1,719	7.8%	2,882	13.1%	
Alguien más decide	14	0.1%	22	0.1%	36	0.2%	
Total	8,786	39.9%	13,212	60.1%	21,988	100.0%	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud

En la tabla 3.4 se observa el uso actual de métodos anticonceptivos según la decisión sobre el hogar de la visita familiar, amigos y parientes, donde la opinión final sobre las visitas a familiares la entrevistada decide un 25.8%, ambos deciden un 60.1% y principalmente el esposo un 13.1%, respecto al uso de métodos anticonceptivos la entrevistada decide 15.6%, ambos deciden un 36.1% y principalmente el esposo un 7.8%.

**Tabla 3.5**

**Uso actual de métodos anticonceptivos según la decisión sobre el hogar de qué se debe cocinar. (n= 21,988)**

Criterios	Uso de Anticonceptivos				Total		Valor p
	No		Si				
Decir final sobre la comida que se cocinará cada día	n	%	n	%	n	%	0.265
Solo la entrevistada decide	6,789	30.9%	10,211	46.4%	17,000	77.3%	
Ambos	1,303	5.9%	1,939	8.8%	3,242	14.7%	
Entrevistada con alguien mas	170	0.8%	217	1.0%	387	1.8%	
Principalmente el esposo	251	1.1%	421	1.9%	672	3.1%	
Alguien más decide	262	1.2%	397	1.8%	659	3.0%	
Total	8,786	39.9%	13,212	60.1%	21,988	100.0%	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud

En la tabla 3.5 se puede observar el uso actual de métodos anticonceptivos según la decisión sobre el hogar de que se debe cocinar , donde la opinión final sobre la comida que se cocinara cada día la entrevistada decide un 77.3% , ambos deciden un 14.7% y principalmente el esposo un 3.1% , respecto al uso de métodos anticonceptivos la entrevistada decide un 46.4% , ambos deciden un 8.8% y principalmente el esposo un 1.9%.

**Tabla 4.1.**

**Uso actual de métodos anticonceptivos según la actitud de las mujeres hacia razones específicas para rehusar las relaciones sexuales con el esposo, esposo tiene ETS. (n= 33,135)**

Criterios	Uso de Anticonceptivos				Total		Valor p
	No		Si				
Motivo de no tener relaciones sexuales: el esposo tiene ETS	n	%	n	%	n	%	0.117
No	541	1.6%	816	2.5%	1,357	4.1%	
Si	12,475	37.6%	18,590	56.1%	31,065	93.8%	
No sabe	259	0.8%	454	1.4%	713	2.2%	
Total	13,275	40.1%	19,860	59.9%	33,135	100.0%	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud

En la tabla 4.1 se observa el uso actual de métodos anticonceptivos según la actitud de las mujeres hacia razones específicas para rehusar las relaciones sexuales con el esposo que tiene ETS , donde el motivo de no tener relaciones sexuales con el esposo que tiene ETS , el 93.8% estuvieron de acuerdo que la mujer debe negarse a tener relaciones sexuales con su esposo o compañero cuando es requerida en circunstancia que afectan su integridad física y/o moral y el 4.1% no estuvieron de acuerdo en negarse en tener relaciones sexuales , respecto al uso de métodos anticonceptivos la que estuvieron de acuerdo a negarse el 56.1% si usa métodos anticonceptivos y el 36.7% no usa métodos anticonceptivos , y los que no estuvieron de acuerdo en negarse el 2.5% si usa métodos anticonceptivos y el 1.6% no usa métodos anticonceptivos.

**Tabla 4.2.**

**Uso actual de métodos anticonceptivos según la actitud de las mujeres hacia razones específicas para rehusar las relaciones sexuales con el esposo, esposo tiene otras mujeres. (n= 33,135)**

Criterios	Uso de Anticonceptivos				Total		Valor p
	No		Si				
Motivo de no tener relaciones sexuales: el esposo tiene otras mujeres	n	%	n	%	N	%	0.001
No	329	1.0%	546	1.6%	875	2.6%	
Si	12,815	38.7%	19037	57.5%	31,852	96.1%	
No sabe	131	0.4%	277	0.8%	408	1.2%	
Total	13,275	40.1%	19,860	59.9%	33,135	100.0%	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud

En la tabla 4.2 se observa el uso actual de métodos anticonceptivos según la actitud de las mujeres hacia razones específicas para rehusar las relaciones sexuales con el esposo que tiene otras mujeres , donde el motivo de no tener relaciones sexuales con el esposo que tiene otras mujeres, el 96.1% estuvieron de acuerdo que la mujer debe negarse a tener relaciones sexuales con su esposo o compañero cuando es requerida en circunstancia que afectan su integridad física y/o moral y el 2.6% no

estuvieron de acuerdo en negarse en tener relaciones sexuales , respecto al uso de métodos anticonceptivos la que estuvieron de acuerdo a negarse el 57.5% si usa métodos anticonceptivos y el 38.7% no usa métodos anticonceptivos , y los que no estuvieron de acuerdo en negarse el 1.6% si usa métodos anticonceptivos y el 1.0% no usa métodos anticonceptivos.

**Tabla 4.3**

**Uso actual de métodos anticonceptivos según la actitud de las mujeres hacia razones específicas para rehusar las relaciones sexuales con el esposo, nacimiento reciente. (n= 33,135)**

Criterios	Uso de Anticonceptivos				Total		Valor p
	No		Si				
Motivo de no tener relaciones sexuales: nacimiento reciente	n	%	n	%	N	%	
No	348	1.1%	549	1.7%	897	2.7%	0.667
Si	12,338	38.7%	19,130	57.7%	31,942	96.4%	
No sabe	169	0.3%	181	0.5%	296	0.9%	
Total	13,275	40.1%	19,860	59.9%	33,135	100.0%	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud

En la tabla 4.3 se observa el uso actual de métodos anticonceptivos según la actitud de las mujeres hacia razones específicas para rehusar las relaciones sexuales con el esposo : nacimiento reciente , donde el motivo de no tener relaciones sexuales con el esposo :nacimiento reciente, el 96.4% estuvieron de acuerdo que la mujer debe negarse a tener relaciones sexuales con su esposo o compañero cuando es requerida en circunstancia que afectan su integridad física y/o moral y el 2.7% no estuvieron de acuerdo en negarse en tener relaciones sexuales , respecto al uso de métodos anticonceptivos la que estuvieron de acuerdo a negarse el 57.7% si usa métodos anticonceptivos y el 38.7% no usa métodos anticonceptivos , y los que no estuvieron de acuerdo en negarse el 1.7% si usa métodos anticonceptivos y el 1.1% no usa métodos anticonceptivos.

**Tabla 4.4**

**Uso actual de métodos anticonceptivos según la actitud de las mujeres hacia razones específicas para rehusar las relaciones sexuales con el esposo, cuando ella está cansada o no dispuesta. (n= 33,135)**

Criterios	Uso de Anticonceptivos				Total		Valor p
	No		Si				
Motivo de no tener relaciones sexuales: Cansado, estado de ánimo	n	%	n	%	N	%	0.001
No	768	2.3%	1,082	3.3%	1,850	5.6%	
Si	12,338	37.2%	18,428	55.6%	30,766	92.9%	
No sabe	169	0.5%	350	1.1%	519	1.6%	
Total	13,275	40.1%	19,860	59.9%	33,135	100.0%	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud

En la tabla 4.4 se observa el uso actual de métodos anticonceptivos según la actitud de las mujeres hacia razones específica para rehusar las relaciones sexuales con el esposo, cuando ella está indispuesta , donde el motivo de no tener relaciones sexuales con el esposo cuando ella está indispuesta el 92.9% estuvieron de acuerdo que la mujer debe negarse a tener relaciones sexuales con su esposo o compañero cuando es requerida en circunstancia que afectan su integridad física y/o moral y el 5.6% no estuvieron de acuerdo en negarse en tener relaciones sexuales, respecto al uso de métodos anticonceptivos la que estuvieron de acuerdo a negarse el 55.6% si usa métodos anticonceptivos y el 37.2% no usa métodos anticonceptivos , y los que no estuvieron de acuerdo en negarse el 3.3% si usa métodos anticonceptivos y el 2.3% no usa métodos anticonceptivos.



**Tabla 5**

**Uso actual de métodos anticonceptivos a Departamentos Del Perú ( n= 33,135)**

Departamentos Del Perú	Método Anticonceptivo Actual				Total		P
	No usa		Si usa		n	%	
	n	%	n	%			
Amazonas	484	42.0%	740	58.0%	1224	100,0%	0.021
Ancash	442	42.6%	735	57.4%	1177	100,0%	
Apurímac	434	39.6%	662	60.4%	1096	100,0%	
Arequipa	488	40.1%	730	59.9%	1218	100,0%	
Ayacucho	536	40.8%	796	59.2%	1332	100,0%	
Cajamarca	427	41.1%	677	58.9%	1104	100,0%	
Callao	562	39.6%	874	60.4%	1436	100,0%	
Cusco	454	42.0%	665	58.0%	1119	100,0%	
Huancavelica	437	37.3%	662	62.7%	1099	100,0%	
Huánuco	533	40.1%	799	59.9%	1332	100,0%	
Ica	542	35.8%	802	64.2%	1344	100,0%	
Junín	524	38.8%	718	61.2%	1242	100,0%	
La Libertad	525	40.5%	790	59.5%	1315	100,0%	
Lambayeque	614	39.8%	850	60.2%	1464	100,0%	
Lima	1670	40.1%	2525	59.9%	4195	100,0%	
Loreto	561	39.7%	891	60.9%	1452	100,0%	
Madre de Dios	429	38.1%	708	61.9%	1137	100,0%	
Moquegua	462	41.0%	683	59.0%	1145	100,0%	
Pasco	459	40.4%	640	59.6%	1099	100,0%	
Piura	592	42.3%	825	57.7%	1417	100,0%	
Puno	360	38.7%	535	61.3%	895	100,0%	
San Martin	510	40.4%	781	59.6%	1291	100,0%	
Tacna	522	43.9%	713	56.1%	1235	100,0%	
Tumbes	434	37.3%	654	62.7%	1088	100,0%	
Ucayali	274	39.6%	405	60.4%	679	100,0%	
Total	13275	40,1%	19860	59,9%	33135	100,0%	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud

#### IV. DISCUSIÓN

Debido a la falta de consenso en la conceptualización y operacionalización del empoderamiento, esta investigación tuvo una primera etapa exploratoria. En una segunda etapa de la investigación, además de obtener datos cualitativos valiosos para esta investigación, que nos permitieron conocer con profundidad ciertos aspectos, como que la mujer sigue teniendo un mayor poder de decisión en áreas que competen al hogar y a los hijos y poca injerencia en aspectos relacionados con el dinero.

Los resultados de estudio reflejan que ya se empieza usar los métodos anticonceptivos en la adolescencia con un 60.1% y un menor uso en la adultez con un 58.7% este resultado está apoyado en Maroto (2015) donde las edades comprendidas entre 30-45 años sólo se utilizaron 45.4% anticonceptivos con una frecuencia significativamente inferior a los otros grupos de edad.

La paridad se relaciona significativamente con el uso de métodos anticonceptivos  $0.000 < 0.005$  un nivel de 95% de significancia, las usuarias de planificación familiar mostraron una paridad mayor a las no usuarias de planificación familiar, lo que sugiere que estas mujeres llegan a los servicios de planificación familiar principalmente para detener la procreación, y no tanto para limitar el número de hijos o para espaciar el periodo entre ellos. Esto podría interpretarse como que el hecho mismo de la procreación les da un mayor acceso a los métodos anticonceptivos y, por tanto, se favorece la decisión de utilizar algún método anticonceptivo. Es decir, para una mujer sin antecedentes de un embarazo es más difícil acudir a un servicio de Planificación familiar ya que no se “justificaría su acceso”.

Según el área de residencia de las mujeres, la diferencia es notable en el tipo de método que usan; en el área urbana predomina el uso de los métodos (64,5% en área urbana frente a 59,2% en el área rural).apoyado en los estudios Cedeño L (2014) donde nos habla que zona urbana estaba relacionada con una baja fertilidad, alta autonomía y un amplio uso de anticonceptivos, también apoyado por el INEI

2017 , donde la tasa global de fecundidad es de 2.0 hijos por mujer; en el resto de la costa es de 2.4, en la región de la sierra es de 3.7 y en la región de la selva es de 3.8 por mujer. Se atribuye la Tasa global de fecundidad más alta en la región de la selva a la elevada tasa de embarazos en la adolescencia, y al corto intervalo intergenésico (28).

Las mujeres que cuentan con un trabajo remunerado que las no tienen una actividad laboral con 62% mayor prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, estas diferencias en las correlaciones pudieran deberse a varias razones entre ellas a que las mujeres que trabajan parecen tener un papel más activo en los procesos de toma de decisiones, a que el trabajo fuera del hogar expone a las mujeres a nuevas ideas y actitudes acerca de su papel dentro del hogar, así como a la obtención de un ingreso propio lo que en conjunto propicia que las mujeres cambien o se adapten de acuerdo al contexto en el que viven, la tenencia de seguro no tiene asociación significativa con el uso de métodos anticonceptivos, en cuantos los quintiles de riqueza el estudio revela que el mayor problema afecta en mayor grado a mujeres de riqueza inferior con un menor uso de método anticonceptivo con un 57.5% al contrario las mujeres que pertenecen al cuarto quintil y el quinto quintil con un 61,7 % y 62,1 % respectivamente.

Este indicador solo se obtuvo en las mujeres que tienen un trabajo remunerado, y el ingreso de riqueza que tienen las mujeres está relacionado de forma positiva con los métodos anticonceptivos utilizados por los hombres, lo que está respaldado por los estudios de Casique (2014), quien encontró que la autonomía en el uso de anticonceptivos está relacionada con el ingreso obtenido por la mujer.

Los años de escolaridad de la mujer también ejercen un efecto positivo y altamente significativo, aquellas mujeres que tienen nivel secundaria y superior muestran una razón de probabilidad de usar anticonceptivos 62% mayor que las mujeres que no tienen educación , Estos resultados están respaldados por Sánchez (2003) nos indican que en las condiciones económicas y educativas de las mujeres influyen tanto en el empoderamiento como en el comportamiento reproductivo-anticonceptivo con uso de un 63.4% de métodos anticonceptivos , ya que las

mujeres al acceder a la educación retrasan el matrimonio, e ingresan al campo laboral, lo cual les da un ingreso propio, además estas condiciones posibilitan que las mujeres separen el sexo de la procreación y de esta forma tener un mayor control sobre su capacidad reproductiva .

Respecto al uso de métodos anticonceptivos asociados a las características de empoderamiento; toma de decisiones y autonomía; en el uso actual de métodos anticonceptivos según la administración de dinero la mujer tiene mayor nivel de empoderamiento con un 62.6%, respaldado en los estudios de Chávez (2015) que concluyo que la administración del dinero del hogar lo realiza la mujer con 53% seguido de ambos con un 35% y el esposo solo un 29%.

En la toma de decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos podemos observar que aún existe un intermedio nivel de poder decisión ya que la entrevistada decide un 20.8% y ambos un 75.6%, donde el esposo aun interfiere sobre el uso de métodos anticonceptivos de la mujer este resultado difiere de los estudios de Salcedo (2016) donde nos dice que La actitud de la pareja respecto a la elección del método anticonceptivo es predominantemente "indiferente" representada por un 63,22 %

Como indicador del poder de decisión de la mujer nos referimos al papel, que juega la misma en los procesos de toma de decisiones familiares Ambos miembros aparecen como responsables por las decisiones tomadas. Respecto al uso de métodos anticonceptivos sugeriría que el proceso de toma de decisiones familiares es, mayormente, un proceso de pareja, en el sentido de que la mayoría de las decisiones serían tomadas de manera conjunta por ambos miembros. Los resultados también permite ver cómo el poder de decisión de las mujeres varía , mostrando mayor poder de decisión la mujer en asuntos relativos a la atención media propia con 38% , crianza de los hijos y a gastos cotidianos con un 37%, sobre que cocinar con un 46.4% , al tiempo que tendría menor poder de decisión para decidir cuáles amigos y familiares visitar un 15%, donde podemos observar que la toma de decisiones familiares y la toma de decisión reproductivas están

relacionada entre ellas, además a mayor poder de decisión familiar existe una mayor toma de decisiones reproductivas.

En este sentido, se han notificado hallazgos sobre el poder de decisión de las mujeres y su autonomía, en relación con el uso de métodos anticonceptivos. Un estudio realizado en México por Casique I., informó que aquellas mujeres que se encuentran en necesidad de anticoncepción (espaciar número de hijos o haber

En cuanto a la autonomía, en este trabajo se analizó únicamente lo que involucra a las relaciones sexuales, es decir, el grado de negociación que tiene la mujer con su pareja referente a las relaciones sexuales donde se observa un mayor nivel de autonomía en las razones para rehusarse de tener relaciones sexuales con el esposo con un 94% , que, si bien este es un componente de la autonomía femenina, no envuelve al concepto global o el grado de autonomía en otras áreas de la vida de la mujer.

En cuanto a la hipótesis planteada (relación entre el empoderamiento y el uso de métodos anticonceptivos) podemos afirmar que se acepta la hipótesis alterna, ya que si existe relación entre estas variables. Este resultado está apoyado por Vera (2016) por Cacique (2013), quienes encontraron que el empoderamiento se asocia significativamente de forma positiva con el uso de anticonceptivos.

## V. CONCLUSIONES

Nuestro análisis confirma que el empoderamiento femenino se asocia positiva y significativamente con el uso de métodos anticonceptivos, las dos dimensiones de empoderamiento femenino analizadas en este trabajo, poder de decisión y autonomía, arrojan evidencias de ejercer un efecto significativo en los distintos aspectos del uso de anticonceptivos revisados en el presente estudio.

El hecho de que las mujeres utilicen métodos anticonceptivos haya mostrado un nivel de poder de decisión y autonomía en las relaciones sexuales mayor a aquellas que no utilicen métodos anticonceptivos, las coloca en una posición más equitativa en la relación de pareja, al menos en cuanto a la toma de decisiones en el ámbito reproductivo, así como en un mayor control en el bienestar de su salud. Como se ha observado en algunas investigaciones, aquellas parejas donde a las mujeres se les limitan, aunque sea en forma mínima, los valores y las actitudes que tradicionalmente han internalizado desde la niñez participan de manera activa en la toma de decisiones frente a cuántos hijos tener, cuándo y cómo controlar la reproducción. Es decir, se observa un mayor convencimiento femenino del derecho a la igualdad de decisión.

En conclusión, podemos confirmar para el caso peruano que la adquisición de poder de decisión y de autonomía por parte de las mujeres es una vía importante en el logro de importantes metas demográficas, en este caso la adopción de métodos anticonceptivos.

Por otra parte, se ve claro que el empoderamiento femenino dota a la mujer de mayor capacidad de negociar con su pareja decisiones que se traducen directamente en su bienestar personal y el de su familia. Ello resulta particularmente relevante en contextos como el nuestro, en el que prevalecen importantes

asimetrías entre géneros, que colocan en una situación de subordinación y desventaja a la mujer, sus ideas y sus necesidades, en la vida familiar y de pareja. Sin lugar a duda, la adquisición e incremento en el poder de decisión y de autonomía femenina es una manera de consolidar el ejercicio de los derechos propios.

Por último, debemos recalcar que el empoderamiento es un proceso, en constante evolución, que tiene diversas manifestaciones tanto ideológicas, psicológicas, económicas y políticas en las personas. Además, tanto el empoderamiento como el comportamiento reproductivo y anticonceptivo son constructos sumamente complejos en los que intervienen numerosas variables como el empleo, la educación, y el nivel socioeconómico, además de otras variables psicológicas e ideológicas.

## VI. RECOMENDACIONES

- Esta investigación sienta las bases, para que se siga haciendo investigación sobre empoderamiento, y que se extienda a otras problemáticas como violencia femenina, empoderamiento obstétrico.
- Los resultados de esta investigación nos permite dar propuestas para que algunas instituciones de nuestro país como el ministerio de salud , hospitales , centros de salud , lleven a cabo distintas intervenciones y evalúen las ya existentes, para mejorar la salud reproductiva de las mujeres peruanas, como crear campañas y talleres con el objetivo de mejorar la salud reproductiva de las mujeres que tengan como uno de sus ejes principales el empoderamiento, pero cuya población objetivo no solo sean las mujeres sino también los hombres, o de ser posibles las parejas, utilizando técnicas y estrategias que les permitan incrementar su nivel de información sobre los métodos anticonceptivos y las infecciones de transmisión sexual, y su autoeficacia en el uso pero que además los sensibilicen sobre los roles sexuales y la forma como estos impactan nuestra vida diaria y nuestro ejercicio de la sexualidad, ya que los hombres deben tomar la responsabilidad completa sobre su conducta sexual y sus consecuencias como el cuidado de los hijos y del hogar.
- Además de estas intervenciones, es necesario que se fomenten las intervenciones en educación sexual en adolescentes y jóvenes, pero integrando de manera importante la perspectiva de género, además de proporcionarles a las jóvenes herramientas para apropiarse de su cuerpo y de su sexualidad como una forma de empoderamiento.
- Es necesario fortalecer las competencias de las Obstetras para brindar una mejor atención a la mujer, pareja y comunidad a su vez el empoderamiento de esta para el reconocimiento y la exigencia de sus derechos sexuales y reproductivo



## VII. BIBLIOGRAFÍA

1. MINSA. Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar., editor. Lima: Ministerio de Salud; 2017. p. 12.
2. OMS. Planificación Familiar. [Online].; 2018.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>.
3. PROGRAMAS DE LA NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. Objetivo de desarrollo sostenible.  
<http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>.
4. INEI. MORTALIDAD MATERNA. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2016.
5. Sánchez. Poder de decisión y autonomía de la mujer en el uso de método de planificación familiar. Tesis pregrado, México, 2014.
6. Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. Rev. Perú Med Exp SALUD PUBLICA. 2013 Julio.
7. Irene C. Uso de anticonceptivos en México: ¿qué diferencia hacen el poder de decisión y la autonomía femenina? Scielo. 2013 marzo; 9(35).
8. E A. Midiendo el empoderamiento femenino en América Latina. Regional and Sectoral Economic Studies. 2012; 12(2).
9. Estrada F. Hernández C WD. Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaría de Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo de la pareja. Scielo. 2008 diciembre; 50(6).
10. E K. Causas de necesidades insatisfechas en planificación familiar en mujeres con embarazos no deseados del Instituto materno Perinatal. Rev Perú Epidemiología. 2010; 14(2).
11. MINSA. Planificación familiar, derecho de todos y todas. [Online].; 2012.  
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/planfam/introduccion.asp>.

12. OMS. El embarazo en la adolescencia. [Online].; 2014.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
13. INNPARES. Métodos Anticonceptivos. Instituto Peruano De Paternidad Responsable. 2004.
14. OMS. Atención para un aborto sin riesgos: Fundamentos lógicos desde el punto de vista de salud pública y de los derechos humanos. En: Aborto sin riesgos: Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud. In.: 2°ed. Ginebra; 2012. p. 17-26.
15. Davidco G. Empoderamiento femenino a través de programas de microcrédito en Argentina. Área de ONG y Políticas Públicas. Buenos Aires: Instituto de Investigación en Ciencias Sociales de la Universidad del Salvador. 2006.
16. England P. Conceptualizing Women's Empowerment. Women S Empowerment and Detnographic Processes ed. Nueva York, Oxford University Press.; 2000.
17. Schmid M. El empoderamiento deja sus huellas. División Americana Latina de COSUDE. 2009. Documento de trabajo. Berna: Agencia Suiza para el desarrollo y COSUDE.
18. Informe sobre el desarrollo mundial 2012: Igualdad de género y desarrollo. In.
19. N K. Reflections on the measurement of women's empowerment. II In Discussing e. Sida Studies No. 3. Stockolm. Novum. 2001.
20. Idrovo A, Casique I. El empoderamiento de las mujeres y la esperanza de vida al nacer en México. Rev Panam Salud Pública. 2006; 20(1).
21. J R. Questioning empowerment: working with women in Honduras. Oxford: Oxfam. 1997.
22. Sen. Development, Crises, and Alternative Visions: Third World Women's Perspectives. 1987.
23. IPPF. Planificación familiar, empoderamiento de la mujer e igualdad de género., Europa; 2015.
24. UNFPA. Planificación Familiar: Clave para el desarrollo Sostenible2017.  
<http://lac.unfpa.org/es/news/planificaci%C3%B3n-familiar-clave-para-el-desarrollo-sostenible-1?page=0%2C3>.

25. kishor S. Women's Contraceptive Use in Egypt: ¿What Do Direct Measures of Empowerment Tell Us? Annual Meeting of the Population Association of América Los Ángeles, California; 2000.
26. Cedeño L. Relación entre el empoderamiento la conducta reproductiva y anticonceptiva. Universidad Nacional Autónoma, México; 2009.
27. R A. Empoderamiento, Actitud y nivel de información Universidad Autonomía de Yucatán, México; 2000.
28. ENDES. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Perú; 2016.
29. S B. El significado del empoderamiento de las mujeres: nuevos conceptos desde la acción TM Editores 12, editor. Colombia; 1998.
30. Organización de las Naciones Unidas. Autonomía de las mujeres e igualdad de género. En: Objetivos de desarrollo del milenio: Una mirada desde América Latina y el Caribe. In.; Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2005. p. 111-140.
31. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016. Nacional y Departamental PERU; 2016.
32. MINSA. Principales causas de muerte materno en el Perú. En la mortalidad materna en el Perú 2002 a 2013. In. Lima; 2013. p. 55-60.
33. I C. Trabajo femenino, Empoderamiento y Bienestar de la Familia: Center for U.S.-Mexican Studies, UC San Diego; 2013.
34. B s. El significado del empoderamiento de las mujeres: Nuevos conceptos desde la acción. En León Magdalena: Poder de empoderamiento de las mujeres. Santa Fe de Bogotá Tercer Mundo. In.
35. Torres M GP. Antecedes teóricos y empíricos del uso de métodos de planificación familiar. Revista de la facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Militar Nueva Granada. 2009 diciembre; XVII.
36. Casique I. Factores de empoderamiento y protección de las mujeres contra la violencia. Rev Mex Sociol. 2010 enero-marzo; 72(1).
37. Perú. Congreso Constituyente Democrático. Constitución Política del Perú Título I: De la Persona y la Sociedad, Cap. II De los Derechos Sociales y Económicos Art. 6 Lima, Perú; 1993.

38. M G. La Planificación Familiar como herramienta básica para el desarrollo. Rev Perú Exp Salud pública. 2013; 30(3).
39. F M. Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres.  
[http://www.mdgfund.org/sites/default/files/Igualdad de Genero Estudio Tematico 5-pager Link.pdf](http://www.mdgfund.org/sites/default/files/Igualdad_de_Genero_Estudio_Tematico_5-pager_Link.pdf).
40. García, B. Empoderamiento y autonomía de las mujeres en la investigación sociodemográfica actual. México: Centro de Estudios Demográficos y el Desarrollo Urbano. 2003..
41. Handy F. 2004. Women's empowerment in rural India. Canadá: New York University.

**ANEXOS**

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADOR	DEFINICIONES OPERACIONALES	CRITERIO DE MEDICIÓN	ITEMS	ESCALA
EMPODERAMIENTO DE LA MUJER	DEMOGRAFICA	Edad	Edad referida por la entrevistada medida en años.	Años cumplidos que refiere la entrevistada.	15-17 18-29 30-49	Nominal
		Paridad	Número de hijos nacidos por la entrevistada pudiendo ser: no tiene hijo, hijo vivo, un hijo nacido o más.	Números de hijos nacido-referidos por la entrevistada.	Ninguno 1 a 2 3 a 4 5 a mas	Nominal
		Área de Residencia	Lugar habitual referido por la entrevistada pudiendo ser: urbana, rural.	Presencia y/o ausencia del área de residencia por la entrevistada.	% de entrevistado con área de residencia urbana, rural.	Nominal
		Condición de trabajo	Condición de trabajo referido por la entrevistada pudiendo ser actualmente trabaja, no trabaja.	Condición de trabajo referido por la entrevistada.	% de entrevistado con condición de trabajo: trabaja, no trabaja.	Nominal
	ECONOMICA	Quintil de Riqueza	Medido por los ingresos en los hogares pudiendo ser quintil inferior, segundo quintil, quintil intermedio, Cuarto quintil, Quintil Superior.	Quintil en el que se encuentra según su nivel de riqueza referido por la entrevistada.	% de entrevistado del quintil I, quintil II, quintil III , quintil IV y quintil V.	Nominal
		Seguro	Tenencia de seguro de salud que refiere la entrevistada	Utiliza un tipo de seguro referido por la entrevistada.	% de entrevistado que tienen Seguro, no tienen seguro.	Nominal
		Estado civil	Estado civil que refiere la entrevistada, puedo ser: casado, soltero, unión estable	Presencia y/o ausencia del estado civil referido por la entrevistada.	% de entrevistados con estado civil casado, soltero, unión estable	Nominal
	CULTURAL	Nivel Educativo	Grado de instrucción referido por la entrevistada pudiendo ser: sin educación, primaria, secundaria, superior.	Presencia y/o ausencia del nivel educativo referido por la entrevistada.	% de entrevistados con nivel educativo sin educación, primaria, secundaria, superior.	Nominal

**Comentado [W11]:** Las características económicas, demográficas, culturales no son dimensiones del empoderamiento, por tanto estas deben estar separadas

TOMA DE DECISIONES	Decisión de uso del dinero	Tipo de participación, con mayor frecuencia, en la decisión del uso del dinero referido en el hogar, referido por la entrevistada.	Participación en la decisión del uso del dinero, pudiendo ser: 1. Sola, la entrevistada decide. 2. El esposo o compañero. 3. Ambos. 4. Alguien más decide.	% de mujeres que decide sola. % de mujeres que decide con participación del esposo o compañero % de mujeres que decide ambos.	Nominal
	Participación de la mujer en la toma de decisiones.	Tipo de participación de la mujer en la toma de decisiones referido por el entrevistador	Participación en la toma de decisiones, pudiendo ser: 1. Sola, la entrevistada decide. 2. El esposo o compañero. 3. Ambos. 4. Alguien más decide.	% de MEF que participan en la toma de decisiones	Nominal
	Última palabra en decisiones del hogar.	Tipo de participación en el empleo de la última palabra en la toma de decisiones específicas en el hogar referida por la entrevistada.	Participación en la última palabra en las decisiones específicas, pudiendo ser: 1. Tiene la última palabra en una 2. Tiene la última palabra en dos 3. Tiene la última palabra en tres 4. Tiene la última palabra en cuatro 5. Tiene la última palabra en cinco 6. No decide en ninguna de ellas	% de mujeres que tiene la última palabra en las decisiones.	Nominal

	AUTONOMIA DE LA MUJER	Percepción de capacidad para decidir tener relaciones sexuales con el cónyuge	Razones percibidas por la mujer respecto a la decisión de negarse a tener relaciones sexuales con el cónyuge referidas por la entrevistada (cuando está cansada, cuando no está dispuesta, ha dado a luz recientemente, sabe que el esposo tiene relaciones con otra mujer, sabe que el esposo tiene ITS)	Razones de la mujer para negarse a tener relaciones sexuales con el cónyuge, pudiendo ser:	% de mujeres que están de acuerdo con todas las razones	Nominal
PLANIFICACION FAMILIAR	METODOS ANTICONCEPTIVOS		Uso de método de planificación familiar referido por el entrevistado.	Presencia y/o ausencia de uso de método de planificación familiar referido por el entrevistado	% MEF con método de planificación familiar	Nominal